

L'impossible Apprentissage de la Lecture

Quelques réflexions sur l'alexie de l'enfant
à propos de cinq cas personnels

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dijon
et soutenue publiquement le 6 février 1971
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

RÉGINE CHOUARD

née le 26 FÉVRIER 1944

à ANTHIEN (Nièvre)

L'impossible Apprentissage de la Lecture

Quelques réflexions sur l'alexie de l'enfant
à propos de cinq cas personnels

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dijon
et soutenue publiquement le 6 février 1971
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

RÉGINE CHOUARD

née le 26 FÉVRIER 1944

à ANTHIEN (Nièvre)

L'impossible Apprentissage de la Lecture

Quelques réflexions sur l'alexie de l'enfant
à propos de cinq cas personnels

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Dunkerque
et soutenue publiquement le 6 février 1972
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



PAR

RÉGINE CHOUARD

née le 20 février 1944

à Arras (Nord)

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Personnel de la Faculté

M. F. CABANNE : Doyen
M. M. BIZOT : Assesseur
M. J. GUYOT : Professeur honoraire

Professeurs titulaires

Anatomie, P. BARRY
Anatomie pathologique, F. CABANNE
Biochimie pharmaceutique, R. TRUCHOT
Botanique et Cryptogamie, M. BIZOT
Chimie biologique, P. PADIEU
Clinique chirurgicale, H. VIARD
Clinique médicale, P. CORTET
Clinique obstétricale, F. BARON
Clinique médicale infantile, M. ALISON
Clinique neuropsychiatrique, J. BALLIVET
Histologie, G. RUCART
Pathologie médicale, R. PUTELAT
Pharmacie chimique, H. TRON
Pharmacie galénique et Pharmacognosie, G. NOUVEL
Physiologie, J. KLEPPING
Physique médicale, P. GAILLIARD
Sémiologie médicale, J. B. BOUHEY.

./...

Professeurs sans chaire

Biochimie médicale, J. DEDREUX

Hygiène, Médecine préventive et Médecine du Travail, M. CARON

Médecine légale et du Travail : A. MARIN

Parasitologie, Mme Y. ROUGET.

Professeurs chargés de cours à titre permanent

Bactériologie, P. PICHAT

Pathologie chirurgicale, J. DUBARD

Maîtres de Conférences Agrégés

Anatomie et organogénèse, N...

Anatomie pathologique, R. MICHIELS

Anesthésiologie, B. CAILLARD

Cancérologie, J. GUERRIN

Chimie analytique, N...

Chimie organique, P.L. COMPAGNON

Chirurgie générale, P. AUPECLE

S. BRIET

C. FERRY

G. CL. LECLERC

J. SALASC

Gynécologie et Obstétrique, J. JAHIER

Hématologie, immunologie, sérologie, A. DUZER

Maladies infectieuses, F. DESTAING

Médecine et chirurgie expérimentales et comparées, F. MARTIN

Médecine interne, M. GAUDET

N...

N...

Neurochirurgie, A. THIERRY

Pédiatrie et Puériculture, J.L. NIVELON

./...

Pharmacodynamie, J. WEPIERRE
Pharmacognosie, N...
Pharmacologie, A. ESCOUSSE
Physiologie, J.P. DIDIER
Physiologie pharmaceutique, J. BRALLET
Physique, mathématiques, N...
Pneumophtisiologie, N...
Radiologie, J.P. MABILLE
N...
Thérapeutique, CL. KLEPPING
Toxicologie, N...

Professeur associé

Gastro-entérologie et hépatologie, A. PIARD

Agrégés libres

Dermatologie et syphiligraphie, J.L. CHLPUIS
Ophtalmologie, P.G. MOREAU
Urologie, R. GAYET.

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dijon,
déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont pré-
sentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

J U R Y D E L A T H E S E

Président : Professeur J. BALLIVET

Membres : Professeur M. ALISON
Professeur A. MARIN
Professeur J. BOUHEY

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur B A L L I V E T

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

C'est pour nous un grand honneur.

Nous avons pu apprécier la haute valeur de son enseignement et de sa grande compétence, au cours de nos études et de notre passage dans son Service.

Il a ainsi enrichi nos connaissances et a suscité notre désir de mieux approfondir la neuropsychiatrie.

Nous lui exprimons toute notre gratitude et notre attachement respectueux.

./...

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A Monsieur le Professeur M A R I N

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le remercions de sa confiance et de ses conseils judicieux.

Nous souhaitons de ne pas trop le décevoir.

Nous avons pu bénéficier avec beaucoup d'intérêt, de la justesse de son enseignement.

Nous lui témoignons notre profonde reconnaissance et nos respectueux dévouements.

./...

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A Monsieur le Professeur M A R I N

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le remercions de sa confiance et de ses conseils judicieux.

Nous souhaitons de ne pas trop le décevoir.

Nous avons pu bénéficier, avec beaucoup d'intérêt, de la justesse de son enseignement.

Nous lui témoignons notre profonde reconnaissance et nos respectueux dévouements.

./...

A Monsieur le Professeur A L I S O N

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Il a bien voulu nous accepter dans son Service.

L'étendue de ses connaissances, son sens clinique, sa compétence ont suscité notre admiration.

Nous lui témoignons notre respect et nos sentiments reconnaissants.

./...

A Monsieur le Professeur J. B. BOUHEY

Professeur de Sériologie Médicale

Il nous a dispensé son enseignement théorique et pratique au cours de plusieurs années d'étude et de notre passage dans son Service, où nous avons pu apprécier son grand sens pédagogique et clinique.

Qu'il trouve ici l'expression de nos sentiments reconnaissants et dévoués.

./...

A nos Maîtres des Hôpitaux de Dijon qui nous ont acceptée
comme externe dans leur Service :

- Monsieur le Professeur PUTELAT,
- Monsieur le Professeur CHAPUIS,
- Monsieur le Docteur HAREL.

A nos Maîtres de l'Hôpital Psychiatrique de la Chartreuse
qui nous ont accueillie dans leur Service :

- Madame le Docteur LEVEQUE,
- Monsieur le Docteur MARIE.

Aux Membres du Centre Psychomédicopédagogique de l'Académie
de DIJON.

Plusieurs de nos observations appartiennent aux dossiers de
ce Centre.

Nous remercions particulièrement Madame DESWARTE rééducatrice
du Centre qui a bien voulu nous communiquer ces précieux rensei-
gnements et le résultat de ses expériences.

Nos remerciements s'adressent également à Monsieur CROIBIER,
Directeur des Ecayennes, IMP de Dijon, qui nous a permis de suivre
l'évolution d'un de nos enfants.

Nous sommes très reconnaissante à Mademoiselle BCRÉAU et
Mademoiselle MANIERE qui ont bien voulu prendre sur leur temps
pour effectuer des examens psychologiques et pédagogiques et nous
prodiguer leurs précieux conseils.

Nous remercions Mademoiselle MARTIN et Madame BUFFARD pour
les renseignements utiles qu'elles ont pu nous communiquer.

./...

"LA LECTURE EST LE FLEAU DE L'ENFANCE, ET PRESQUE
LA SEULE OCCUPATION QU'ON LUI SAIT DONNER".

J. J. ROUSSEAU

I N T R O D U C T I O N

Après le langage oral, l'enfant va connaître un autre mode relationnel lié d'ailleurs au précédent, mais encore plus complexe : c'est le langage écrit, sur lequel nous fondons, seuls, les structures de notre société dite moderne. La lecture exige un apprentissage pratiqué dans un milieu nouveau où l'enfant affrontera pour la première fois la vie en société, société plus élaborée et moins sécurissante que la cellule familiale. Ce sera donc son premier rôle social avec tout ce qu'il comporte : responsabilités, acceptation des frustrations au profit du groupe, etc... Ce qui suppose de la part de l'enfant une maturation psychomotrice suffisante et une aide adéquate de la part des parents et du pédagogue. Quelquefois, l'enfant a apparemment toutes les conditions psychologiques, intellectuelles requises pour réussir sur le plan scolaire, et cependant n'arrive pas à lire dans les délais normaux. On parle de dyslexie dite spécifique ou dyslexie d'évolution, car avec le temps ou une rééducation adéquate, l'enfant arrive à lire correctement. Nous décrirons par la suite, la dyslexie spécifique et les facteurs associés. Nous pouvons faire remarquer dès à présent que l'enfant dyslexique présente des erreurs de lecture telle que la confusion des lettres, de graphies et de sons voisins, ainsi que des inversions de noms avec quelquefois inversion complète du mot, inversion dite en miroir. Ces erreurs de lecture peuvent d'ailleurs se voir chez beaucoup d'enfants normaux en début d'apprentissage et disparaître très rapidement. L'enfant dyslexique malgré ses difficultés, lit, mal sans doute, mais ses fautes de lectures finissent par disparaître. Or, il existe des enfants qui n'arrivent pas à lire, inventent complètement le mot, ce sont de véritables alexiques. Ces cas qui semblent rares sont souvent étiquetés, à tort d'ailleurs, de dyslexie majeure.

./...

On retrouve comme dans la dyslexie spécifique, l'absence de troubles affectifs majeurs, de troubles sensoriels, une intelligence normale ou supérieure, des conditions pédagogiques adéquates. Contrairement au dyslexique, l'enfant alexique n'arrive pas à lire et malgré la rééducation, demeure alexique. La littérature très riche à propos de dyslexie, n'évoque pratiquement pas le cas particulier de ces alexiques congénitaux, puisqu'aucune cause organique n'a pu être retrouvée. Certains auteurs telle que Marie-Jeanne MATTLINGER, dans sa thèse sur une étude statistique de la dyslexie, relève 6 cas sur 285, où, en l'absence de tout refus scolaire, malgré un bon niveau mental et un grand désir d'apprendre à lire, une difficulté majeure et spécifique pour la lecture a pu être reconnue à la fin du Cours Préparatoire chez ces enfants dont les troubles les plus intenses confinent à l'alexie. L'acquisition de la lecture se fait très tardivement et toujours d'une manière imparfaite donnant chez l'enfant de 12 à 13 ans un niveau Cours Préparatoire ou Cours Élémentaire 1ère année à l'Alouette. Cette alexie s'accompagne d'une dysorthographe massive contribuant à aggraver les perturbations scolaires.

Toujours d'après M.J. MATTLINGER, il existe bien souvent une résistance presque insurmontable à la rééducation. A propos de l'étude d'un test d'intégration phonétique, les auteurs CALVET, et coll., GERNAUD, BERNICET, J. DISSET signalant l'existence de véritables alexiques qui, en dépit de toutes méthodes, n'arrivent jamais à la lecture orale courante même si le texte est compris, il sera en quelque sorte traduit avec quelques risques de contre-sens et une aisance inégale suivant les moments. Ces cas-là, d'après les auteurs, sont d'une grande rareté, ils ne se rencontrent pas dans les classes normales où les enfants, même s'ils sont intelligents n'ont pu suivre le rythme de tous. Ce sont de tels cas d'alexie que nous allons tenter d'étudier à propos de 5 observations personnelles.

Après la description de nos observations, nous décrirons successivement les affections voisines telles que l'alexie acquise de l'adulte et de l'enfant et la dyslexie. Puis, nous envisagerons la place originale de l'alexie de nos observations par rapport à ces affections voisines. Nous consacrerons le dernier chapitre au pronostic.

./...

N O S O B S E R V A T I O N S

OBSERVATION N° I : Enfant Philippe T.

Il s'agit d'un enfant de 10 ans confié par le Service de Psychologie scolaire au Centre psychomédicopédagogique pour difficultés scolaires en particulier troubles spécifiques en lecture et orthographe et difficultés phonétiques.

L'enfant est le 4ème d'une famille de 6 enfants. Les parents sont de conditions modestes. La mère parle mal le Français avec un fort accent russe. Aucun antécédent familial particulier est retrouvé sauf l'existence de gauchers : grand-père paternel et maternel.

Hors les maladies infantiles communes telles que rougeole, coqueluche sans complication, l'enfant n'aurait présenté qu'une otite à 5 mois sans paracentèse.

Au cours du développement psychomoteur, Philippe a marché vers 1 an, a prononcé ses premiers mots à 2 ans et s'est exprimé à peu près correctement vers 3 ans. Mais il a été émurétique jusqu'à l'âge de 9 ans.

Entré normalement à 6 ans à l'école primaire, l'enfant a bénéficié de la méthode synthétique dans l'apprentissage de la lecture. C'est alors qu'ont commencé les difficultés en lecture et orthographe et qui ont obligé Philippe à redoubler son Cours Préparatoire, tandis que les autres matières, tel que le calcul ont été assimilées. L'enfant est cependant passé dans le Cours Élémentaire, mais les difficultés en lecture n'ont fait que s'aggraver. C'est alors que l'enfant est confié, en vue d'une rééducation, au Centre Psychomédicopédagogique. Il est à cette époque âgé de 10 ans. On lui fait subir un examen psychosomatique et une série de tests. L'échelle d'intelligence au WISC révèle un QI à 123 avec une échelle verbale 117, à l'échelle de performance 125. On

constate donc un niveau supérieur. Le résultat du QI concorde avec celui obtenu l'année précédente au test Binet Simon demandé par le Service de Psychologie scolaire. On remarquera que le niveau de performance est meilleur que l'échelle verbale. La structuration spatiale est très bonne de même que l'organisation temporelle. Sur le plan de la latéralisation, la dominance manuelle est non déterminée, persiste une ambidextrie. La latéralité est droite pour l'oeil et le pied.

Il existe un retard moteur avec syncinésie globale et d'initiation conduite par la main gauche, paratonies. L'équilibre les yeux fermés est difficile. L'attention est très bien mobilisée dans une tâche simple, mais est difficile à concentrer dans une tâche plus complexe. La mémoire auditive est insuffisante. L'examen auditif, en particulier l'audiogramme montre l'existence de tympan très rétractés surtout à droite qui peuvent expliquer la petite hypacousie (peut-être en rapport avec l'otite survenue au cours de la première enfance).

Le niveau scolaire en calcul est normal. Par contre, sur le plan de l'orthographe, la dictée de Prud'hon révèle un niveau Cours Élémentaire 1ère année faible. Quant à la lecture, le test de l'Alouette montre un déficit très important avec un niveau réel de 6 ans 9 mois. L'articulation est défectueuse. L'enfant fait de nombreuses erreurs phonétiques avec oublis des syllabes surtout en fin de mots.

L'écriture est régulière, penchée à droite et ne présente aucun trouble morphologique. Sur le plan affectif, Philippe est resté un peu infantile. Les rapports sont peut-être tendus avec la mère qui est surtout maladroite. On notera également une jalousie du petit frère.

On entreprend pendant 1 an une série de séances de rééducation spécialisée de lecture phonétique (2 séances par semaine). Si l'articulation s'améliore rapidement avec disparition des troubles grâce à la rééducation, il n'en est pas de même pour la lecture. L'enfant, qui ne reconnaissait même pas les sons en début de

rééducation, arrivera à les différencier par la suite. Il a beaucoup de difficultés à rétablir le sens de la lecture et à faire couper les mots en syllabes. La correction sera bonne si la rééducatrice utilise un cache qui série les sons et en même temps indique le sens de la lecture. Les difficultés ne semblent pas être liées à des difficultés d'orientation, car des exercices d'orientation pratiqués par la rééducatrice ont toujours été faits par l'enfant avec facilité. Philippe semble incapable de structurer les mots. La représentation du son ne s'impose pas à lui, quelquefois il n'arrive même pas à identifier le son. Quand on fait de la lecture de son, qu'on structure le mot qu'il doit lire ou qu'on l'oblige à le structurer avant de lire, il y a progrès apparent. Dès qu'on passe à la lecture courante, l'enfant ne fait plus le travail de structuration. Il "devine" les mots à partir d'éléments simples qu'il reconnaît. Il oublie les structures complexes péniblement acquises et très rapidement il n'y a plus de déchiffrement possible.

Sur le plan de l'orthographe, il n'y a pas de représentation mentale préalable du mot. Il lui arrive d'écrire et de donner le même 3 ou 4 fois. En orthographe de règle, on arrive à créer quelques automatismes, mais il n'y a pas non plus de reconnaissances de structure et dans le cas de Philippe, on ne peut pas invoquer le manque de compréhension.

La lecture qui s'était améliorée en fin d'année scolaire, à la rentrée suivante s'est de nouveau très détériorée et les mêmes troubles lexiques sont réapparus. Après 101 séances, le bilan est négatif, les progrès non sensibles en lecture, demeure nul en orthographe.

Au terme de cette rééducation on refait un test de lecture : l'enfant met le double de temps par rapport à un enfant normal. On constate l'échec dans l'apprentissage des mécanismes : analyse et synthèse. L'enfant arrive parfois à reconnaître les sons simples, groupements de syllabes, en procédant par essai, erreur et rectification, se reprend, se corrige lui-même pour revenir à la forme verbale. En déchiffrant un peu grâce à l'effet

du contexte qui lui permet de retrouver le mot de son approché et de sens convenable, il peut donner l'équivalent de sens, tel que bateau pour navire. Ce qui explique que l'enfant échoue à l'Alouette, car il n'a pas de possibilité de s'en tenir au sens. Il connaît un certain bagage de mots, globalement, essaie de les retrouver, de les placer d'après les sonorités et le sens du contexte. Il arrive ainsi à se débrouiller en lecture avec risque d'erreurs qui vont croissants, mais ne peut apprendre l'orthographe.

Malgré beaucoup d'efforts de sa part et son grand désir d'apprendre à lire, l'enfant n'a pu faire aucun progrès en lecture. Il s'installera dans une conduite d'échec rendant vain tout nouveau essai de rééducation. Devant un tel échec, on demande un EEG à la recherche d'un élément organique en cause. L'examen ne révèle aucune particularité notable.

En conclusion, il s'agit d'un enfant de 10 ans qui n'a jamais pu apprendre à lire malgré des aptitudes intellectuelles supérieures à la normale, un bon niveau de structuration spatiale, une très bonne organisation temporelle. Les problèmes affectifs ne peuvent expliquer, chez ce garçon bien motivé pour les activités scolaires, cette innaccessibilité spécifique à l'apprentissage de lire, pas plus l'hypoacousie, ni la dysarthrie disparue avec la rééducation. D'autre part, cette dernière a été un véritable échec malgré des conditions adéquates et une participation active des parents.

On se trouve donc en présence d'une véritable alexie sans qu'on puisse retrouver d'élément organique évident en cause, l'EEG étant normal.

./...

OBSERVATION N° II :

Bruno G..., garçon de 10 ans est adressé au Centre psychonédocopédagogique pour des difficultés en lecture et en orthographe.

L'enfant est le 3ème d'une famille de 4 enfants dont les parents sont d'un niveau social et culturel assez élevé. On ne trouve pas d'antécédents familiaux particuliers, sauf peut-être des difficultés en orthographe chez Florence la seconde. Il n'existe pas de gauchers parmi les membres de la famille ni chez les ascendants.

L'enfant est né 15 jours après terme. Le développement psychomoteur s'est déroulé normalement jusqu'à 13 mois, date à laquelle Bruno a commencé à esquisser ses premiers pas. Il faut insister sur un retard net de la parole avec apparition des premiers mots après 3 ans. Parmi les antécédents médicaux, on retrouve les maladies infantiles habituelles : coqueluche, varicelle, rougeole, oreillons sans complications. On peut également noter des antécédents de migraine, tendance à la constipation.

Sur le plan scolaire, après 2 ans d'école maternelle, Bruno est entré à 6 ans en cours préparatoire. L'absentéisme pour raison de santé : migraine... existant déjà en cours préparatoire va se prolonger en Cours Élémentaire 1ère année qu'il va doublé sur l'insistance de la mère, puis il entre en cours moyen 1ère année. C'est à cette époque qu'il est présenté au Centre Psychonédocopédagogique pour difficultés en lecture et en orthographe.

A l'examen, l'enfant amaigri, attitude scoliotique, s'exprime avec un léger bégaiement et petite dysarthrie. Le bilan scolaire montre au test de l'Alouette un niveau Cours Élémentaire 1ère année, c'est-à-dire 7 ans 9 mois donc un retard de 2 ans. Quant

./...

à l'orthographe, l'enfant se situe dans les 10 % inférieurs au Cours Élémentaire 1ère année, en calcul dans les 80 % supérieurs.

Le QI au WISC est 113 global avec l'échelle verbale à 108, performance 115. L'enfant est observateur, d'une intelligence abstraite d'un bon niveau. Mais il présente une mauvaise coordination motrice liée sans doute à une latéralité contrariée. On note une ambidextrie manuelle avec prévalence gauche, une latéralité gauche pour l'oeil et le pied, ce qui va dans le sens d'une gaucherie homogène. A cette dyslatéralité, s'associent les troubles du schéma corporel : l'enfant ne reconnaît pas sur lui la droite de la gauche.

L'étude psychologique des parents révèle l'anxiété du père qui ne s'occupe pas de ses enfants, mais est dominé par sa femme. La mère est froide, pédagogique, ne participe pas à l'activité de ses enfants, mais les fait participer à ses propres activités.

L'étude de la personnalité de l'enfant montre un enfant affectueux, ouvert mais anxieux avec sentiment d'infériorité, tendance à la culpabilité. L'enfant se sent très agressif et frustré par le personnage maternel.

On entreprend pour l'enfant une rééducation psychomotrice et psychopédagogique de 120 séances pendant 1 an $\frac{1}{2}$. Si après la 17ème séance de rééducation psychomotrice, l'enfant avait semblé faire des progrès, au bout de 29 séances, il ne parvient toujours pas à assimiler la notion de droite et gauche sur lui. Il ne désignera l'endroit demandé qu'après plusieurs hésitations, principalement au niveau du choix de la main qui sera chargée de l'aspect cinétique. Il porte d'ailleurs un bracelet faisant fonction de mémoire.

Quant à la rééducation de la lecture et de l'orthographe, elle n'a pas donné de meilleurs résultats et on retrouve les mêmes difficultés chez Bruno comme chez Philippe. L'enfant arrive à lire ses lettres, reconnaît la plupart des sons. Il lit globalement

./...

sans pouvoir analyser le mot et reconnaître les syllabes dans le mot alors qu'il peut les reconnaître isolément. Il est incapable d'anticiper, de retrouver les rapports des diverses syllabes qui vont constituer le mot. Par exemple, il ne peut distinguer an et année. Ces difficultés se retrouvent en grammaire, il reconnaît isolément nom, verbe, mais là encore est incapable d'analyser les rapports qu'il existe entre les divers éléments. Il semblerait que les difficultés soient liées à une mauvaise organisation temporelle avec troubles importants du rythme. Avec un accompagnateur rythmique, la lecture se trouve améliorée mais elle est loin d'être parfaite. Comme dans l'observation précédente, Bruno grâce à la mémoire arrive à acquérir une certaine lecture au prix d'un grand effort, car il est incapable d'acquérir les automatismes nécessaires à une lecture courante, ce qui explique que ses fraîches acquisitions ne peuvent se maintenir. De même que Philippe, Bruno réussit bien dans le test de lecture silencieuse car à partir de quelques mots qu'il a pu reconnaître, il pourra deviner le sens. Mais, si on lui fait lire un texte où il n'y a pas de sens, il en sera incapable.

Si les troubles lexiques n'ont pas régressé, le comportement psychologique de l'enfant s'est amélioré grâce à une psychothérapie associée. L'enfant a repris confiance en lui-même, s'est senti moins nerveux, a repris du poids. L'asthénie et les céphalées ont disparu. Mais l'échec scolaire, l'absence d'amélioration sensible en lecture et orthographe, ont détérioré le comportement psychologique de l'enfant, dont les troubles affectifs ont été aggravés par l'attitude pédagogique trop rigide de la mère.

En conclusion, il s'agit d'un enfant de 10 ans au quotient intellectuel supérieur à la normale, demeuré alexique malgré 120 séances de rééducation à raison de deux par semaine. A ces difficultés en lecture, s'associent une dyslatéralité, des troubles du schéma corporel, une mauvaise structuration temporelle,

./...

une incoordination motrice. On retrouve dans les antécédents personnels un retard de parole dont l'enfant a gardé un léger bégaiement, une dysarthrie disparue avec la rééducation. Les problèmes affectifs qui semblent importants chez cet enfant sont réactionnels aux difficultés scolaires et sont surtout aggravés par l'attitude maternelle.

./...

OBSERVATION N° III :

Enfant Didier G..., âgé de 8 ans, est venu en consultation de neuropsychiatrie infantile pour difficultés scolaires et nervosité.

C'est le 3ème d'une famille de 4 enfants. La mère est gauchère ainsi que la grand-mère et arrière-grand-mère maternelle.

Né prématurément à 8 mois 5 jours, l'enfant s'est développé par la suite à peu près normalement : premiers pas à 12 mois, premiers mots à 18 mois. Vers l'âge de 7 ans, l'enfant est traité pour primo-infection en préventorium.

Sur le plan scolaire, l'enfant présente d'énormes difficultés, a dû tripler son cours préparatoire malgré l'assistance de maîtresses valables. Les difficultés scolaires se situent particulièrement dans le domaine de la lecture et de l'orthographe. Or, le niveau intellectuel peut être considéré comme normal. Le QI échelle verbale est 90, celui de la performance 99, l'ensemble 94. Mais à 8 ans, Didier n'est pas encore latéralisé. Il persiste donc une dyslatéralité. La latéralité manuelle reste indéterminée. L'enfant a tendance à écrire de la main gauche. Pour l'oeil, la latéralité tend vers la droite, pour le pied, elle prédomine à gauche.

En plus d'une désorganisation temporo-spatiale, il existe un retard important du développement moteur et surtout dans l'organisation grapho-perceptive dont le résultat obtenu au test de Bender correspond au score médiocre des enfants de 6 ans, ce qui pourrait expliquer en partie son inefficience scolaire absolue.

Sur le plan psychologique, c'est un enfant très nerveux, tendance à l'agressivité vis-à-vis de ses frères et soeurs. Plusieurs EEG ont été pratiqués au Préventorium puis au cours de sa première consultation de neuropsychiatrie, bien qu'il n'ait jamais présenté de crises convulsives. L'EEG s'est révélé très irritatif. Un traitement antiépileptique à minina a amélioré les troubles caractériels. Une rééducation d'un an à raison de 2

./...

séances par semaine, suivies régulièrement, dans des conditions psychologiques et pédagogiques adéquates n'a même pas permis à l'enfant d'acquérir les mécanismes de lecture, malgré son attention et son désir d'apprendre. Il lit quelques mots ou quelques voyelles avec beaucoup de difficultés. L'écriture irrégulière d'une lenteur extrême révèle une importante incoordination motrice. L'enfant très fatigable s'arrête très fréquemment au cours des exercices de lecture et d'écriture. Les gros troubles de l'orientation temporo-spatiale avec l'absence de latéralisation bien définie, n'ont pu être résolus. L'enfant sera obligé de refaire un 4ème Cours Préparatoire sans beaucoup de succès. La rééducation prolongée encore 1 an apporte peu de progrès durables en lecture. On se trouve en présence d'un enfant incapable d'apprendre à lire malgré un QI pratiquement normal, l'absence de troubles sensoriels, une pédagogie scolaire adéquate. Les troubles caractériels présents ne peuvent expliquer à eux seuls cette incapacité spécifique d'apprendre à lire. Aux troubles lexiques, se trouvent associés un retard moteur important, troubles temporo-spatiaux, une dyslatéralité. L'EEG est anormal : très irritatif : s'agit-il d'une épilepsie infraclinique ? En conséquence, pourrait-on rattacher une cause neurologique aux troubles lexiques et moteurs ?.

./...

OBSERVATION N° IV

Jean Michel M... garçon de 9 ans est présenté à la consultation de neuro-psychiatrie infantile pour difficultés scolaires et instabilité. Les parents vivent modestement, le père étant infirme, amputation des membres inférieurs.

Jean Michel est l'aîné d'une fratrie de 2 enfants. Au cours de son développement psychomoteur, a parlé très tard, les premiers mots n'étant apparus qu'à l'âge de 3 ans $\frac{1}{2}$. Thierry le plus jeune frère a également présenté un retard de parole. Il n'existe pas de gauchers parmi les ascendants de l'enfant. Vers l'âge de 2 mois, les parents signalent chez Jean Michel la survenue isolée de crises nerveuses épileptiques.

L'EEG pratiqué les jours qui ont suivi la 1ère consultation en neuropsychiatrie était normal sur le plan scolaire. Jean Michel âgé de 9 ans, quadruple son Cours Préparatoire, ne sait pas lire. Cette déficience scolaire ne semble pas liée aux méthodes pédagogiques, ni aux maîtres, ni à l'absentéisme. L'enfant a suivi chaque année de Cours Préparatoire dans une école différente, sauf la 4ème. Les progrès en lecture n'ont pas été plus sensibles d'une année à l'autre. L'enfant ne semble pas présenter de troubles du langage malgré le retard.

Le niveau intellectuel au WISC avec QI 92 à l'échelle verbale, performance 96, ensemble 88, semble faible. En fait, il sous-estime les possibilités réelles du garçon. Mais on note une maladresse motrice avec incoordination et habilité très médiocres, des syncinésies très prononcées et une mauvaise structuration temporo-spatiale. La latéralité est croisée : prédominance droite pour la marche, gauche pour l'oeil, indéterminée pour le pied. Le premier examen psychologique ne montre pas de gros troubles, mais une instabilité psychomotrice. L'attention est très labile avec fatigabilité anormale sur le plan effectif, l'enfant

./...

reste très dépendant de sa mère qui contribue sans doute à l'infantiliser.

Après ce premier bilan, l'enfant passe en classe de perfectionnement. Au bout d'un an, aucun progrès sensible n'est décelable. Jean Michel ne sait toujours pas lire. Le retard moteur avec syncinésies, diadocinésies très médiocres persistent. L'enfant repère la droite et la gauche sur lui mais non sur autrui. Un second niveau intellectuel au WISC montre un QI75 avec un QI verbal à 70 et performance 86. Les résultats apparaissent hétérogènes aux différents subtests, on note beaucoup de lenteur, avec mauvaise structuration temporo-spatiale (5 au Code). Les acquisitions scolaires sont inférieures aux possibilités, par exemple 1 en information, 2 en arithmétique, mais 7 en compréhension et similitudes, 9 en vocabulaire. Le développement graphomoteur atteint 8 à 9 ans. Les possibilités intellectuelles sont limitées, néanmoins certains éléments pourraient évoquer une pseudodébilité.

Dans le domaine scolaire, Jean Michel n'a pas atteint un niveau milieu de Cours Préparatoire ; il y a là un problème que le niveau intellectuel même limité n'explique pas. Sur le plan du rythme, le niveau est très inférieur à 6 ans donc inférieur au niveau mental. La latéralisation est toujours médiocre, avec ambidextrie manuelle, latéralisation droite pour le pied et gauche pour l'oeil. Le contrôle moteur n'est pas meilleur. Il persiste des paratonies, syncinésies très marquées. Le geste est nerveux, mal maîtrisé, impulsivité des mouvements. Ces troubles moteurs se retrouvent dans le graphisme : l'attention est difficilement mobilisable et contrôlable. Le test des 2 barrages de ZAZZO révèle une réelle inefficacité : le travail est très lent, l'exactitude n'est respectée qu'à la 1ère épreuve. Là encore on retrouve une instabilité psychomotrice. Sur le plan psychologique, Jean Michel garde une personnalité très infantile, égo-centrique, reste très dépendant avec un grand besoin de se faire remarquer et d'être valorisé. Peut-être que l'attitude parentale

a contribué par des erreurs d'éducation à maintenir chez Jean-Michel cette mentalité de "petit garçon", immaturité affective dont les problèmes scolaires non résolus n'ont fait qu'aggraver.

L'enfant est alors placé dans un Institut Médicopsychopédagogique. Au bout de deux ans, l'enfant alors âgé de 13 ans, présente toujours les mêmes difficultés en lecture dont le niveau ne dépasse par le Cours Élémentaire. L'alexie est compensée par un véritable verbiage, l'enfant annule ou invente un mot de même sens ou de sens différent sans pour autant arrêter le cours de la lecture devant les énormes difficultés comme s'il voulait délibérément les ignorer. Jean Michel n'est pas plus brillant dans les autres matières. Sur le plan moteur, il est aussi maladroit, instable, impulsif, contrôlant mal ses mouvements. L'écriture est devenue plus régulière. Jean Michel dessine presque avec aisance.

L'école est devenue pour lui source d'angoisse et de culpabilité où il cherche désespérément à s'échapper en multipliant les distractions pendant les heures scolaires.

On se trouve donc en présence d'un garçon actuellement âgé de 13 ans qui ne sait pas lire. Le QI quoique faible ne peut expliquer l'alexie à lui seul, pas même les troubles caractériels. Le comportement actuel de l'enfant se traduit par une conduite d'échec consécutive aux problèmes scolaires non résolus. L'alexie fait-elle partie d'un ensemble pathologique plus large qui engloberait retard du langage, troubles moteurs, dyslatéralité, mauvaise structuration temporo-spatiale dont les troubles dits caractériels, l'immaturité affective ne seraient que l'aspect psychologique réactionnel.

./...

OBSERVATION N° V

Eric M..., garçon de 8 ans 4 mois est adressé en consultation de neuropsychiatrie infantile pour difficultés en lecture.

L'enfant est le 2ème d'une fratrie de 3 enfants. L'ainée poursuit avec succès des études secondaires. Le plus jeune frère commence son Cours Préparatoire. Du côté des antécédents familiaux, on trouve des gauchers, la grand-mère maternelle et surtout le père qui aurait présenté des difficultés en lecture. Ce dernier n'a pas poursuivi d'études secondaires, tient un commerce. Parmi les antécédents pathologiques de l'enfant, on retient une coqueluche sans complication. Le développement psychomoteur s'est déroulé normalement sans retard de parole particulièrement.

Sur le plan scolaire, l'enfant âgé de 8 ans 4 mois est en Cours Élémentaire 1ère année après avoir redoublé le Cours Préparatoire pour difficultés en lecture et écriture. A l'examen clinique, il n'existe pas d'anomalie du langage.

L'Echelle d'intelligence de Wechsler révèle un QI verbal à 103, performance 109, ensemble 106. Il existe un trouble de structuration spatiale n'apparaissant pas dans le résultat quantitatif du QI sauf au Code (6). Par ailleurs, l'enfant est mal latéralisé. Le test de latéralité de Harris montre l'absence de dominance manuelle bien établie avec peut-être une meilleure coordination à gauche. L'enfant est droitier pour le pied et l'oeil.

Le bilan pédagogique révèle un niveau Cours Élémentaire 1ère année faible (1 an de retard) avec difficultés importantes en lecture et orthographe. Par contre Eric est beaucoup plus à l'aise en calcul. Le test de l'Alouette donne un résultat en lecture : niveau Cours Préparatoire 6 ans 9 mois. L'enfant fait quelques confusions, mais a surtout des difficultés d'appréhension des structures globales des mots et difficultés d'analyse, hésite beaucoup, bégaye en lisant. Le déchiffrage extrêmement

./...

lent, est compensé parfois par une vitesse excessive en fonction des possibilités réelles. L'attention est soutenue, mais l'enfant est très fatigable. Il écrit de la main gauche, mais avec difficultés, mauvaise tenue du crayon, crispation, incoordination qui retentit sur le graphisme.

Du point de vue psychologique, il n'existe pas de trouble du comportement, l'enfant est calme, affectueux, ouvert. On a découvert chez Eric, une myopie assez importante qui a nécessité une correction. Pendant 1 an $\frac{1}{2}$, Eric va suivre une rééducation psychomotrice, puis psychopédagogique. Au bout de quelques séances, l'enfant s'épanouit, fait des progrès sur le plan moteur et scolaire. A la rentrée scolaire suivante, malgré la poursuite de l'apprentissage de la lecture pendant les vacances, les acquisitions faiblement acquises au prix d'efforts importants, sont complètement oubliées. Les parents, découragés, ont commencé à douter de l'efficacité de la rééducation devant la médiocrité des résultats scolaires, ce qui expliquerait l'absentéisme de l'enfant et l'abandon de la rééducation pendant une période plus ou moins longue. Eric aurait suivi 28 séances de rééducation au cours de son année scolaire. A la rentrée scolaire suivante, il entre au Cours Moyen 1ère année. Il est alors revu en consultation de neuropsychiatrie. L'examen clinique en particulier neurologique est négatif. Il persiste des petits troubles du schéma corporel. Cependant, l'enfant distingue bien sa droite de sa gauche sur lui et sur les autres, fait des erreurs quand l'acte demandé est plus complexe par exemple main droite sur oreille gauche.

Sur le plan psychologique, l'enfant est très ouvert, coopérant, ne présente pas de troubles du comportement. Alors qu'il réussit en calcul et les autres matières, il n'a fait aucun progrès en lecture et orthographe, comme l'atteste le bilan pédagogique dont le résultat est comparable à celui de l'année précédente. A l'Alouette, on retrouve ce même niveau : 6 ans 9 mois. Par rapport à l'épreuve de l'année précédente, l'enfant lirait plus vite, mais en multipliant les fautes. Aux épreuves

de Mme Borel Maissonny, il est au niveau Cours Élémentaire 2ème année et Cours Élémentaire 1ère année en orthographe. Les difficultés graphomotrices sont toujours aussi importantes : on a refait un QI qui est normal, même de niveau supérieur avec l'échelle verbale à 115, performance 106, ensemble 111. On retrouve l'absence d'homogénéité des résultats de l'année précédente, particulièrement l'échec au code avec la même note 6. L'organisation temporelle est défectueuse, l'enfant a des difficultés à retenir une structure donnée. Il est incapable de nommer les mois, mélange les saisons. Le niveau moteur est inférieur au niveau intellectuel comme le montre le test de latéralité, la dyslatéralité persiste particulièrement au niveau de la main. La latéralité est droite pour pied et oeil. S'agit-il d'un droitier contrarié.

Eric, à 10 ans, avec une intelligence supérieure, sans troubles affectifs importants, ne sait pas lire, malgré une rééducation de plus d'un an. La myopie qui n'a pas été découverte en début de scolarité aurait pu handicapé l'enfant, mais elle est corrigée depuis 2 ans, et Eric n'a pas rattrapé son retard en lecture. En plus de cette incapacité spécifique à apprendre à lire, il existe comme dans les observations précédentes, des troubles moteurs qui se manifestent dans la morphologie de l'écriture, une dyslatéralité, une mauvaise structuration temporo-spatiale, et petits troubles du schéma corporel.

A la recherche d'une étiologie neurologique à cette alexie, un EEG a été pratiqué qui n'a montré aucune anomalie.

./...

- SYNTHÈSE DE NOS OBSERVATIONS -

Nous venons d'évoquer l'histoire d'enfants, tous de sexe masculin, qui présentent en commun des troubles importants de la lecture confinant à l'alexie. Pour ces cinq cas, on retrouve à peu près les mêmes caractéristiques du trouble lexique. Ces enfants ont doublé, triplé, quadruplé même le Cours Préparatoire et ne savent toujours pas lire, alors qu'ils sont capables de réussir dans d'autres domaines tels que le calcul, tout au moins au cours des premières années scolaires. S'ils font des erreurs telles que confusion, inversion, ainsi que tout enfant au début d'apprentissage ou comme chez le dyslexique dont les erreurs persistent plus longtemps, le plus souvent, il n'arrive même pas à lire le mot, comme s'ils étaient incapables d'analyse ou de synthèse, ne reconnaissent pas les groupes de syllabes et leurs rapports dans la formation du mot. Quelquefois même, les sons leur sont étrangers. La lecture sera globale, non analytique. Contrairement à l'enfant normal en cours d'apprentissage, qui butera devant un mot qu'il ne connaît pas, essayant de le décomposer pour le lire, l'alexique ignorera le mot, le remplacera par un autre, compensera ainsi son incapacité par un véritable verbiage. S'il est intelligent, à partir d'éléments simples qu'il aura pu lire, il devinera d'après le sens du texte les autres mots ainsi, lira bateau au lieu de navire. Le texte n'est pas lu, mais, comme s'il s'agissait d'une véritable langue étrangère pour l'enfant il sera traduit avec des risques de contre-sens. Si le sens lui échappe, il sera incapable de le lire. Tous ces enfants présentent une difficulté du rythme. La reconnaissance des mots semblerait facilitée pour certains quand on leur indique le sens de la lecture. Au début de l'apprentissage, la lecture aura tendance à être lente, hâchée, bégaylée avec un temps double de la normale. Par la suite, l'enfant lira peut être plus vite, mais multipliant les fautes,

./...

les mots seront inventés ou devinés plus que lus.

Mais c'est surtout l'évolution défavorable qui fait la particularité de ces troubles lexiques, même si ces enfants ont suivi assez régulièrement une rééducation faite dans de bonnes conditions, pendant un temps suffisamment long. Si l'on pouvait noter quelques progrès, ils étaient de courte durée, malgré l'effort important que l'enfant était obligé de fournir et son grand désir de lire aboutissant à un résultat médiocre pour ne pas dire nul. Au terme d'un grand nombre de séances de rééducation, l'enfant bien souvent ne savait pas lire. Les enfants que l'on a pu revoir par la suite, n'avaient toujours pas résolu leurs difficultés de lecture, malgré le placement dans un centre spécialisé. Quant à l'orthographe, elle est catastrophique.

Mais ce qui frappe chez l'alexique, c'est la constance du retard moteur qui se manifeste par la persistance des syncinésies globales et d'imitation, paratonies. Le niveau moteur est pour tous inférieur au niveau intellectuel. L'importance des troubles moteurs nécessitent une rééducation. Bien souvent, ce retard moteur peut persister par la suite, rendant l'enfant malhabile dans l'exercice de profession manuelle, aggravant aussi les problèmes d'orientation professionnelle déjà compromis par l'incapacité de poursuivre des études, consécutive à ses troubles lexiques. Cette incoordination motrice avec lenteur extrême, se retrouve dans le graphisme. Les difficultés graphiques en dehors des troubles praxiques peuvent également être dues à des troubles spatiaux et du schéma corporel. Chez ces 5 cas d'alexiques qui présentent tous un retard moteur, il existe une dyslatéralité, en particulier la latéralité manuelle est indéterminée. Quant à la latéralité de l'oeil et du pied, elles peuvent être homogènes ou non. Il peut s'agir aussi bien de droitier ou gaucher contrarié.

Les troubles spatiaux et du schéma corporel ne sont pas constants, ils se retrouvent chez 3 enfants. Trois également, présentent une mauvaise structuration temporelle qui se manifeste

./...

surtout dans le rythme. Les difficultés de structuration spatiale et temporelle ne sont pas forcément liées, alors qu'il n'existe pas de trouble du schéma corporel sans troubles spatiaux. Seul, Philippe T... ne présente ni trouble du schéma corporel, ni troubles temporo-spatiaux.

Sachant les relations étroites qui lient langage oral et langage écrit, on pourrait s'attendre à trouver presque constamment un retard de langage. En pratique, les difficultés ou les petits retards de langage ne sont pas toujours faciles à discerner. Dans le cadre de nos 5 observations, l'enfant Bruno et Jean Michel ont parlé tard : premiers mots après 3 ans. Philippe dont la mère avait gardé un très fort accent russe, présentait une petite dysarthrie qui a rapidement disparu avec la rééducation, sans pour autant que l'apprentissage de la lecture en soit facilité.

Retard moteur, dyslatéralité, troubles du schéma corporel, mauvaise orientation temporo-spatiale, retard du langage font partie de ce que KOHLER a appelé la "dystopie" qui peut correspondre à un développement socio-affectif insuffisant, et à des difficultés de la maturation sensori-motrice. Cette dystopie n'est d'ailleurs pas directement liée au trouble lexicque : des enfants peuvent être dystopiques sans présenter de difficultés en lecture et inversement.

Notre étude ne s'adresse qu'à des enfants dont le quotient intellectuel est normal, parfois supérieur pour trois d'entre eux. Pour Eric et Jean Michel, le quotient verbal est supérieur à la performance, alors que c'est l'inverse pour les trois autres enfants. Si pour Didier et surtout Jean Michel, l'échelle d'intelligence donne un résultat un peu inférieur à la normale, on ne peut pour autant parler de débilité responsable des troubles lexicques. La valeur du QI n'est pas une notion absolue et définitive. D'autres facteurs autre que l'intelligence elle-même interviennent dans le chiffre du QI tels que les troubles affectifs.

./...

Les difficultés en lecture dans l'étude de ces 5 observations ne sont pas inversement proportionnelles à la valeur du QI.

On ne retrouve chez aucun des enfants un déficit sensoriel visuel ou auditif important, sauf chez Philippe qui présente une petite hyposcousie droite, peu handicapante et chez Eric qui est myope et porte des verres correcteurs.

La personnalité de ces enfants est-elle différente de celle d'un enfant normal ? Chez certains, existent surtout une immaturité affective, quelquefois des troubles caractériels avec impulsivité, instabilité, et excitation psychomotrice comme on peut en voir chez l'enfant épileptique. Les troubles du comportement sont surtout consécutifs à l'échec scolaire, particulièrement aux réactions sociales de l'entourage plus qu'à la prise de conscience par l'enfant de son infériorité comme s'il s'agissait d'une véritable "infirmité sociale". L'enfant, pour compenser le complexe d'infériorité et se valoriser, jouera au tête de turc essayant ainsi d'attirer sur lui l'attention de ses petits camarades et de l'instituteur. L'attitude réactionnelle la plus fréquente qu'on retrouve d'ailleurs dans nos 5 observations, particulièrement après l'insuccès de la rééducation, se manifeste par une conduite d'échec avec sentiment de culpabilité où l'enfant vit comme celui qui doit échouer. Tout se passe comme si le désir naturel de réussite était rigoureusement réprimé. Conduite d'échec, inhibition, opposition, c'est derrière de tels comportements que l'enfant soumis à une forte anxiété, va se réfugier. Si les problèmes affectifs aggravent les difficultés scolaires, ils ne peuvent en être responsables et sont plus conséquences que causes. A noter que les troubles du comportement réactionnels aux difficultés scolaires sont encore plus importantes chez les enfants de milieu aisé alors que les troubles affectifs primitifs ne semblent guère plus fréquents chez les enfants de famille plus modeste. Les conditions sociales ne peuvent expliquer une telle alexie. Elles peuvent

./...

à la rigueur l'aggraver sans plus.

On a souvent évoqué la méthode globale comme étant responsable de l'échec de l'apprentissage de la lecture. Chez nos 5 alexiques, la méthode pédagogique n'a pas été la même pour tous, pour certains elle fut globale, pour d'autres synthétique* ou mixte. Ainsi, Philippe a bénéficié de la méthode synthétique alors qu'il s'agissait de la méthode globale pour Bruno. Les difficultés en lecture dans nos 5 cas, ne semblent pas être directement liées au type de méthode utilisée.

L'étude des antécédents pathologiques ne nous permet pas de retrouver une étiologie en particulier neurologique pour expliquer cette alexie. Jean Michel aurait présenté des crises convulsives dans la première enfance sans autre symptôme d'accompagnement qui aurait pu évoquer une encéphalite. L'EEG pratiqué qu'au moment de la consultation en neuropsychiatrie pour difficultés scolaires, alors que l'enfant avait 10 ans, s'est révélé normal. L'EEG de 3 autres enfants n'est guère plus significatif. Ceux de Philippe et d'Eric sont normaux. Par contre, celui de Didier s'est révélé irritatif, alors que cet enfant n'a jamais présenté de crise d'épilepsie. Mais il est très nerveux, instable et s'est trouvé amélioré par un traitement antiépileptique à minina.

Si cette alexie est congénitale, est-elle héréditaire ? Les 5 enfants dont on étudie le cas sont tous des garçons. Certains auteurs avaient déjà été frappés par la fréquence du sexe masculin dans les atteintes congénitales du langage oral et écrit. Peut-être est-ce lié au fait que des parents sont plus sensibilisés par la réussite scolaire de leur garçon que de leur fille.

On trouve des gauchers dans la famille de trois des enfants. Dans celle de Bruno, la soeur qui poursuit des études secondaires présente surtout des difficultés en orthographe. Le petit frère

./...

de Jean-Michel a parlé tard. Chez Eric, on retrouve non seulement des gauchers aussi bien du côté maternel que paternel, mais le père même de l'enfant aurait eu beaucoup de difficultés pour apprendre à lire. Ni le QI, ni les troubles affectifs, sensoriels, ni les méthodes pédagogiques ne peuvent expliquer l'importance de troubles lexiques. Quels sont les rapports de cette affection avec la dyslexie, l'alexie acquise de l'adulte et de l'enfant ? C'est ce que nous allons tenter d'étudier, en commençant par une description de ces affections dont le symptôme commun et principal est cette impossibilité spécifique de lire.

./...

LES AUTRES AFFECTIONS VOISINES

Nous décrirons successivement la dyslexie spécifique ou d'évolution, l'alexie acquise de l'adulte puis l'alexie acquise de l'enfant. L'étude comparative de ces affections voisines nous permettra une meilleure approche de la pathogénie de l'alexie congénitale de l'enfant et d'en dégager son originalité.

A. LA DYSLEXIE :

1°/ - Définition : par définition, est dyslexique un enfant qui ne sait pas lire dans les délais normaux alors que l'audition et la vision sont normales, que le QI est normal, qu'il n'y a pas au départ de troubles du comportement ou de perturbation à la fréquentation scolaire, sans qu'on puisse non plus incriminer les méthodes pédagogiques. Le bilan neurologique est normal. Les pourcentages de dyslexiques varient de 5 à 10 % suivant les auteurs, 1 % des enfants vus pour des difficultés scolaires d'après DUGAS.

2°/ - Description du trouble lexique : la dyslexie se caractérise par un certain nombre d'anomalies de la lecture et de l'écriture. Elle s'accompagne d'une dysorthographe et d'une dysgraphie. Les troubles varient avec l'âge de l'enfant. Il ne semble pas exister de parallélisme entre erreurs de lecture et erreurs d'écriture.

. Entre 6 à 7 ans, ces troubles consistent en une confusion de lettres de graphisme semblable (comme M et N) qui peuvent être orientés différemment. C'est le cas des lettres synétriques, soit de droite à gauche tel que b et d , p et q, soit de haut en bas, d et q, b et p. Certains enfants ne distinguent pas les lettres

./...

correspondant à des sons voisins, ainsi f (sourde), v (sonore). Dans l'écriture, ils confondent les lettres dont les formes sont inverses tel que e et g. Les confusions sont fréquentes et se rencontrent chez la plupart des enfants au début de l'apprentissage.

. Au stade suivant, c'est-à-dire vers 8 à 9 ans, s'il réussit à différencier les lettres isolément, il ne peut reconnaître le groupement des lettres. Il aura tendance à inverser le mot (lira mot pour ton). Il peut rajouter des lettres ou des syllabes ou en supprimer d'autres ou les changer de place. En rapprochant les points d'articulation, il peut assimiler deux phonèmes voisines : cravail pour travail. D'autres erreurs peuvent se rencontrer : tendance à prononcer de la même façon deux consonnes successives : sausson pour chausson (phénomène de dilation), déplace des phonèmes à l'intérieur d'un mot : berloque pour breloque (métathèse), interposer un phonème facilitateur : marteau pour marteau (épenthèse). La voyelle buccale peut être remplacée par la nasale correspondante, une constrictive par l'occlusive correspondante : tasse pour chasseur. Les mots d'apparence voisine sont confondus : poulet pour poucet. Ceci rend la lecture incompréhensible d'autant que s'ajoutent des erreurs dans la continuité du texte.

L'écriture est également perturbée. En orthographe, on retrouve des inversions de lettres et de mots (dèdè au lieu de bébé : véritable inversion en miroir), adjonction de lettres, syllabes... L'enfant n'arrive pas à découper correctement les éléments du discours : jène pour j'aine. La dysgraphie à ce stade semble moins prononcée. Les autres matières scolaires comme le calcul ne posent pas de problème. Quelquefois, il peut y avoir des erreurs de placement des chiffres au cours des opérations, confusion de chiffres de morphologie voisine tel que 9 et 6.

- Vers l'âge de 12 à 14 ans, l'enfant, le plus souvent, parvient, après deux ans d'apprentissage à acquérir la lecture et l'écriture. Mais la lecture est encore syllabique, hachée, souvent est plus fluide mais son début est très irrégulier. L'enfant peut

./...

encore faire des substitutions de mots de consonnance voisine, ou les omettre. L'orthographe reste catastrophique en particulier l'orthographe usuelle est ignorée. Elle a une allure phonétique, mais d'une phonétique entachée de fautes. L'orthographe de règle est plus ou moins acquise.

3°/ - Facteurs associés : les déficits principaux associés à la dyslexie sont retard du langage, mauvaise structuration temporo-spatiale, trouble du schéma corporel. Parmi les facteurs associés à la dyslexie et qui ont fait l'objet d'une étude pathogénique, les troubles du langage sont les plus importants. Pour Madame BOREL MAISONNY, 70 % des dyslexiques ont présenté un langage défectueux. Souvent, ils gardent des difficultés d'élocution, un vocabulaire pauvre.

Quant à la latéralité, les études montrent un peu plus de gauchers dans le groupe des dyslexiques. Il s'agirait plutôt en fait d'une dyslatéralité. Pour expliquer les troubles de latéralité et cette tendance à inverser l'ordre des éléments, on "stréphosymbolie", chez le dyslexique, ORTON imagine l'existence d'un trouble de la dominance cérébrale. Chaque hémisphère l'emportant tout à tour viendrait inverser "les engrames" de l'autre.

Il semblerait exister une corrélation entre la difficulté à construire un bon schéma corporel et à acquérir une bonne orientation dans l'espace et la dyslexie. Les nombreux tests construits pour apprécier les connaissances de l'espace de l'enfant et la possibilité qu'il a d'y orienter les figures mettent en évidence ce trouble.

L'aspect le plus important de la structuration temporelle chez le dyslexique est la difficulté à reproduire des rythmes. Si leur fréquence dans la dyslexie a un caractère significatif, tous ces déficits du développement des fonctions essentielles : langage, orientation dans l'espace, le rythme, ne

permettent pas une conclusion étiologique et les relations pathogéniques restent à déterminer.

4°/ - Problème affectif : L'origine affective de la dyslexie a été également défendue, bien que dans la définition classique, on nie l'existence de troubles du comportement primitifs au trouble lexique. Certains invoquent un traumatisme psychologique au moment de l'apprentissage. D'autres font intervenir des anomalies du lien mère-enfant à un stade très précoce qui peuvent être responsables du déficit du langage et de l'organisation temporo-spatiale, et de la dyslatéralité.

5°/ - Hérédité : dès le début de l'histoire de la dyslexie, des cas familiaux furent reconnus. Pour HALLGREN, il s'agirait d'un caractère dominant autosomique, c'est-à-dire non lié au sexe. On trouve en général un pourcentage nettement plus important de garçons.

6°/ - Evolution : Les troubles lexiques peuvent être tels qu'ils nécessitent une rééducation appropriée, qui en général dure un an à raison de deux séances par semaine. A la rééducation de la lecture ou de l'orthographe, s'associe celle de l'orientation temporo-spatiale, perceptivomotrice avec psychothérapie concomitante. Les méthodes de rééducation employées sont très nombreuses. La technique est adaptée à chaque enfant. Si la rééducation de l'orthographe est plus longue et plus complexe, celle de la lecture peut être rapide chez un enfant intelligent, pris très jeune. L'enfant dyslexique, s'il n'a pas acquis la lecture spontanément, arrive à lire assez rapidement grâce à la rééducation faite dans de bonnes conditions. Seuls les troubles en orthographe peuvent être plus longs à disparaître ou même persister toute la vie.

./...

B. L'ALEXIE DE L'ADULTE :

Classiquement, on distingue deux types d'alexie : celle de l'aphasique et l'alexie par agnosie.

L'organisation centrale de la perception pose le problème des rapports des troubles lexiques et des troubles du langage. Ce problème se retrouve chez l'adulte comme chez l'enfant. Chez la plupart des aphasiques adultes, on retrouve des troubles de la compréhension du langage écrit qui s'accompagnent toujours de troubles de l'expression écrite. Dans les aphasies globales, les troubles du langage écrit sont plus marqués que ceux du langage oral, il n'y a pas de proportionnalité entre l'atteinte de la compréhension orale et écrite. L'alexie littérale est toujours plus marquée que l'alexie verbale. D'autres caractères expriment la qualité aphasique du trouble de la lecture. La lecture est globale, rarement syllabaire. La verbalisation et la compréhension des mots sont dissociés, soit que le malade comprenne sans verbaliser correctement, soit ce qui est rare, qu'il lise correctement à haute voix sans comprendre.

Dans l'alexie par agnosie, prédomine l'alexie verbale, la lecture est analytique avec correspondance entre la possibilité de verbalisation et de compréhension. La reconstruction des mots épelés est possible, l'écriture normale, la copie impossible. Ce qui nous intéresse dans cette étude, c'est surtout le cas de l'alexie pure qui se rapproche de celle de nos observations. Dans le cas de l'alexie pure, il y aurait donc conservation des autres modes de l'écriture, de la parole, du langage intérieur et toutes les facultés intellectuelles. Ce syndrome, quand il est prédominant est très rare. L'étiologie est le plus souvent vasculaire, survient chez des personnes de plus de 50 ans. A cette alexie s'associent d'autres syndrômes neurologiques, particulièrement une hémianopsie. La pathogénie de l'alexie pure ne fait pas l'unanimité des auteurs. Pierre MARIE, OMBREDANNE, parlent

./...

d'agnosie optique spécialisée. POILPRE dans sa thèse de 1951 reprend les mêmes théories. Cependant l'agnosie sans alexie existe, de même que l'alexie pure sans autre trouble gnosique. DEJERINE, KLEVIT, HOFF, GESCHWIND parlent plutôt d'aphasie pure. D'après GESCHWIND, l'alexie pure a son origine dans la rupture des connexions entre sphère visuelle et sphère verbale, intrinsèquement intactes. Pour ce même auteur, les troubles sont, non de nature agnosique mais concernent la dénomination. GESCHWIND insiste en particulier sur les composantes tactilo-kinesthésiques qui par le rôle des associations sensorielles extravisuelles permettent de compenser partiellement le déficit lexicale. Ces composantes tactilo-kinesthésiques absentes dans l'apprentissage normal de la lecture sont utilisés dans la rééducation des enfants alexiques. AJURIAGUERRA distingue trois types d'alexie : l'une appartenant aux troubles du langage par lésion de la zone de WERNICKE, l'autre s'accompagnant de troubles de l'orientation, temporo-spatiale, du calcul et de la construction par lésion pariétale, au troisième s'associent des troubles gnosiques par lésion occipitale.

L'alexie s'accompagne le plus souvent de symptômes surajoutés, telle que la désorientation spatiale ou l'apraxie, ou l'agraphie, auxquelles sont souvent associés des troubles gnosiques. La dysgraphie est à distinguer de la dysorthographe constante dans l'alexie et dyslexie congénitale de l'enfant, contrairement à la cécité verbale acquise. La dysorthographe acquise est liée à la sphère du langage. Elle a une séméiologie propre du trouble lexicale et graphique différent de l'alexie agnosique et de l'agraphie apraxique. Dans l'alexie congénitale, de nombreux auteurs mentionnent une irrégularité et inégalité du graphisme, que l'on retrouve dans nos observations. Le trouble peut être en rapport avec des troubles praxiques ou des troubles de l'élaboration des rapports spatiaux, ce qui explique la difficulté à dessiner de certains enfants ayant de graves troubles lexiques, comme le révèle le test du bonhomme.

./...

L'apraxie isolée comme seul déficit associé à l'alexie est rare. La plupart du temps, à cette apraxie se joignent ou bien des symptômes d'ordre gnosique telle que la désorientation spatiale ou des troubles beaucoup plus graves telles que acalculie et l'agraphie. Nos cinq enfants présentent tous des troubles moteurs sans acalculie, avec fréquemment une dysgraphie et troubles temporo-spatiaux. L'alexie peut s'accompagner d'une atteinte praxique particulière : c'est l'impossibilité de reproduire des figures géométriques. Certains auteurs ont parlé d'apractognosie. D'après J. LHERMITE et AJURIAGUERRA, il n'aurait pas d'apractognosie sans trouble gnosique, alors que l'inverse n'est pas toujours exact. A cette apractognosie, s'associent très souvent des troubles moteurs. Il existe une association fréquente de l'agnosie digitale avec l'apraxie constructive : c'est le syndrome de GESTMANN qui comprend avec l'agnosie digitale, une indistinction droite et gauche, avec souvent agraphie et acalculie. Ce syndrome correspondrait à une lésion corticale ou sous-corticale de la région de transition pariéto-temporo-occipitale de l'hémisphère gauche chez le droitier. La signification de ce syndrome paraît être celle de trouble spécialisé du schéma corporel. Certains auteurs comme HERMAN ont rapproché la cécité verbale congénitale du syndrome de GESTMANN. Les troubles spatiaux et du schéma corporel quoique fréquents ne sont pas constants, dans la cécité verbale congénitale. Trois de nos cinq observations présentent un tel déficit. Les troubles spatiaux ne sont d'ailleurs pas spécifiques et se rencontrent dans la plupart des grands syndromes neuropsychiatriques de l'adulte comme de l'enfant, sans qu'il y ait pour autant des troubles de la lecture ou de son apprentissage.

Actuellement, l'opinion est de plus en plus répandue qu'une alexie n'est jamais pure et qu'il est impossible de dissocier complètement la lecture des autres fonctions du langage. C'est

./...

l'avis de GOLDSTEIN, CONRAD, LEISHNER pour qui l'alexie n'est jamais pure et représente "le reliquat d'une désorganisation beaucoup plus vaste. La lecture met en jeu de multiples fonctions, perceptions des formes, organisation spatiale, signification symbolique des éléments du langage écrit qui s'interpénètrent les uns les autres. De leur dérèglement, résulte l'alexie sans qu'il soit possible de distinguer la part qui revient à chacune des composantes de l'intégration visuelle".

./...

C. ALEXIE ACQUISE DE L'ENFANT

On peut également la distinguer en alexie par aphasie et alexie par agnosie avec ses caractéristiques comparables à celles des alexies de l'adulte.

L'alexie pure est également très rare chez l'enfant. Elle se présente en général comme une alexie par agnosie visuelle où le trouble lexique est prédominant, régresse lentement, alors que les autres déficits gnosiques visuels sont frustes et de courte durée. L'étiologie est le plus souvent encéphalitique ou traumatique. Elle peut s'accompagner dans une proportion notable, surtout si l'enfant est jeune, d'une épilepsie clinique de type bravais-jacksonienne ou de perturbations électro-encéphalographiques, localisées fréquemment à l'hémisphère majeure. D'autres symptômes neurologiques associés, telle que l'hémianopsie latérale homonyme comme chez l'adulte, peuvent se rencontrer.

Quant à l'alexie des aphasies acquises de l'enfant, elle se retrouve avec d'autant plus de fréquence que le déficit est survenu chez un sujet jeune. A l'inverse de chez l'adulte, le trouble intéresse également la lecture des syllabes et celle des mots. La conservation de la lecture des mots n'apparaît que chez des enfants plus âgés : 13 à 15 ans. Du point de vue de l'évolution initiale, les troubles persistants du langage écrit sont nettement plus fréquents et plus importants chez le jeune enfant. Dans un avenir plus lointain, grâce à la rééducation, l'évolution est aussi favorable pour les jeunes enfants que pour les plus âgés (étude de François NOCTON).

o

o o

Chapitre III

PLACE ORIGINALE DE NOS OBSERVATIONS

Si l'affection commune à nos cinq observations présente, avec celles décrites précédemment, des analogies assez troublantes autres que le déficit lexique lui-même, elle ne peut pour autant, s'identifier à ces dernières.

A. NOS OBSERVATIONS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE DE L'ALEXIE ACQUISE.

Elles s'en diffèrent par plusieurs caractères qui nous paraissent spécifiques. Nombreux sont les auteurs qui ont rapproché cécité verbale congénitale, cécité verbale acquise. Certains ont surtout été frappés par les analogies entre aphasie acquise de l'adulte et cécité verbale congénitale. ORTON estimait que les troubles du langage chez l'adulte "constituent la clef de l'étude des troubles des acquisitions en ce domaine chez l'enfant". Pour MICHAUX, comme pour BREW et HELLER, l'alexie congénitale "pourrait signifier l'aphasie qui est un déficit spécialisé des fonctions de réception ou d'expression verbale". Ainsi qu'AJURIAGUERRA, "le trouble de l'aphasie serait plus primitif que la linguistique proprement dit. Ce serait un trouble des données temporo-spatiales, données qui permettent le développement de la pensée symbolique". Cette conception dépasse l'opposition classique entre alexie aphasique et alexie agnosique. Tous nos enfants ne présentent pas de troubles temporo-spatiaux. L'importance de l'alexie ne semble pas être directement proportionnelle à ce déficit.

Quant à l'atteinte du langage oral, deux présentent un retard de parole, un troisième une dysarthrie qui a rapidement disparu avec la rééducation. L'examen au cours de la première consultation n'a pas montré de signes évidents de retard du lan-

gage oral, ce qui n'exclut pas que ce déficit n'ait jamais existé. Dans l'aphasie acquise de l'adulte comme de l'enfant, le trouble lexique est plus important et plus persistant que celui du langage oral, et d'autant plus que l'enfant est jeune. Chez nos enfants, comme dans l'alexie par aphasie acquise de l'enfant jeune, contrairement à celle de l'adulte, le trouble intéresse bien souvent, à la fois, la lecture des syllabes et celle des mots. Cependant, pour certains et à d'autres moments, la lecture globale prédomine sur la lecture syllabaire. Si, comme chez l'aphasique, nos enfants semblent comprendre le sens du mot sans pouvoir le lire correctement (en lisant bateau à la place de navire) c'est grâce surtout au sens général du contexte, deviné à partir d'éléments simples qu'ils ont réussi à lire. Si le mot avait été présenté isolément, l'enfant n'aurait pu en deviner le sens, ni le lire. Car la lecture est pratiquement impossible et ne s'acquiert qu'avec des efforts énormes de mémoire pour être oubliée aussitôt, ce qui explique l'échec de la rééducation chez nos enfants. Par cette dernière constatation, l'alexie de nos cinq observations se rapprochait plus de l'alexie par agnosie visuelle. Cependant la dysorthographe est constante chez nos alexiques et la copie est toujours possible. Ces deux dernières caractéristiques sont plus en faveur d'une alexie par atteinte du langage oral. Des auteurs tels que HISCH, MARTIN, BENDER, SCHILDER, CHASSAGNY pensent plutôt que la cécité verbale congénitale est associée à un trouble dans la capacité de percevoir les formes. Si l'on peut parler d'agnosie visuelle en ce qui concerne nos observations, cette dernière n'atteint que la lecture. Les objets, couleurs, sons musicaux sont reconnus. Les autres gnosies ne semblent pas être en cause. L'un des enfants présente une hypoacousie droite dont l'origine est sensoriel et non central. Mais, il n'est pas toujours facile de mettre en évidence un déficit léger des gnosies auditives différant d'une atteinte sensorielle centrale ou non. On a vu que chez l'adulte, à l'alexie dite pure peut s'associer fréquemment des troubles du schéma corporel, des autres troubles gnosiques, ou une agraphie. On retrouve également chez nos enfants, la fré-

quence de troubles du schéma corporel, celle d'une dysgraphie qui peut être en rapport avec une mauvaise structuration de l'espace et surtout une incoordination motrice constante chez tous. L'alexie de nos enfants se rapprocherait donc par certains caractères à l'aphasie acquise de l'adulte et de l'enfant et à l'alexie par agnosie visuelle : actuellement, la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que même chez l'adulte, l'alexie n'est jamais pure et plus ou moins liée à des autres troubles du langage. Dans l'aphasie congénitale elle-même, on distingue une aphasie d'origine gnosique : c'est l'audi-mutité aphasie dite d'incompréhension et une aphasie dite d'expression où prédominent les troubles moteurs dans le cadre d'une dyspraxie plus générale où l'aphasie ne serait qu'un aspect particulier. On pourrait rapprocher également l'alexie congénitale de nos enfants à l'aphasie congénitale, où il existerait à la fois des troubles gnosiques et praxiques avec prédominance de l'atteinte du langage oral.

Les caractères communs au syndrome décrit dans nos observations et à l'alexie acquise de l'adulte et de l'enfant pourraient faire penser à une étiologie semblable. C'était d'ailleurs l'opinion des auteurs anciens tels que KUSSMAUL, HISCHELWOOD qui ont évoqué l'existence d'une altération du centre de la lecture dans l'alexie congénitale. HELLER également, en rapprochant cécité verbale congénitale et cécité verbale acquise, suggère que l'étude portée sur l'alexie congénitale soit due à un trouble du développement dont la cause serait semblable entraînant une malformation au niveau de l'aire cérébrale tel que le retard ou l'arrêt de la myélinisation des fibres nerveuses". En fait, on sait qu'actuellement, les alexies pures de l'adulte ne correspondent pas à une lésion d'un centre lexique mais plutôt à une rupture des relations entre centres perceptifs visuels et centres du langage. D'autre part, on ne relève dans nos observations aucun antécédent pathologique pouvant évoquer une affection neurologique d'origine infectieuse ou traumatique. Il s'agit donc bien d'une alexie congénitale, difficile de l'identifier aux aphasies ou alexies acquises de l'adulte et de l'enfant.

B. NOS OBSERVATIONS N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE HABITUEL DE LA DYSLEXIE

Certes, de nombreux points communs rapprochent nos cas de la dyslexie. Nos enfants présentent comme les dyslexiques une atteinte spécifique de la lecture, une intelligence normale, l'absence de troubles perceptifs et de troubles du comportement. Chez le dyslexique, au trouble de la lecture s'associent également une dysorthographe constante, fréquemment une dyslateralité, des troubles temporo-spatiaux et du schéma corporel, parfois une dysgraphie et des troubles moteurs comme chez nos alexiques. On peut retrouver chez le dyslexique, également un retard de langage. Tout cet ensemble de troubles affectant la motricité, l'orientation dans l'espace et le temps constitue la "dystopie" de KOHLER, qui n'est pas spécifique à la dyslexie et à l'alexie mais peut être isolée ou associée au symptôme lexique. La dyslexie est également une affection congénitale. Mais ce qui la différencie, même à l'état majeur, de l'alexie, ce sont les caractères mêmes du déficit lexique. L'alexique ne lit pas, il devine les mots d'après le sens du contexte à partir d'éléments simples qu'il a réussi à lire. Le texte est traduit, non lu, avec des risques de contresens. Si le sens du texte lui échappe, il sera incapable de lire. Les lettres, les mots ont perdu leur caractère symbolique et n'évoquent que des arabesques sans signification, ni représentation concrète. Le dyslexique lit avec plus ou moins de difficultés, contrairement à l'alexique, il réussit à établir des rapports entre signifiant et signifié, mais ces rapports peuvent être faux, ce qui explique les confusions, inversions ou autres erreurs qui se rencontrent également chez tout enfant en début d'apprentissage de la lecture. L'alexique acquiert péniblement la lecture de quelques éléments simples qu'il oublie aussitôt malgré son grand désir d'apprendre et une rééducation pratiquée dans de bonnes conditions. Aidé par une rééducation ou non, le dyslexique arrive toujours à acquérir tôt ou tard une lecture pratiquement normale. Souvent, on a invoqué, comme explication pathogénique

./...

de la dyslexie, un retard de maturation ce qui permettrait de comprendre son caractère évolutif et favorable, contrairement à l'alexie de nos observations.

C. SPECIFICITE DE L'ALEXIE CONGENITALE DE L'ENFANT

L'alexie de nos cinq observations ne peut donc se rapporter ni à une affection neurologique acquise, ni à la dyslexie dite spécifique et d'évolution. Sans retomber dans l'opinion erronée des auteurs anciens, certains restent fidèles à la conception neurologique de l'alexie congénitale. Pour HALLIGREN, la cécité verbale congénitale serait liée à des lésions cérébrales congénitales ou post-natales, alors qu'il nie toute spécificité à la dyslexie. MOOR définit également l'alexie congénitale comme "une atteinte de la compréhension du langage écrit liée à l'existence d'une lésion cérébrale. Les mots sont vus par le malade comme un dessin, alors que la dyslexie est une incapacité particulière à créer des liaisons correctes entre les constituants du discours et les formes graphiques qui les symbolisent". Cette dernière conception de l'alexie congénitale permettrait d'expliquer les caractères communs avec l'alexie acquise. Dans le cadre de nos observations, on ne décèle pas de cause précise responsable d'une telle lésion, au cours de la grossesse et de l'accouchement maternelles.

S'agirait-il d'une affection passée inaperçue ou d'une atteinte héréditaire. Cette dernière opinion est peu évidente. On a déjà noté que notre étude porte sur cinq enfants tous de sexe masculin. Seul, le père de l'un d'entre eux aurait présenté des difficultés lexiques qui n'ont sans doute pas eu la même gravité que pour le fils. L'examen neurologique en dehors de ces petits troubles moteurs est négatif. On avait remarqué la fréquence des crises d'épilepsie surtout Bravais-Jacksonienne au cours des alexies acquises de l'enfant. Les EEG de nos observations sont normaux sauf un dont le tracé est irritatif. Aucun n'a présenté de crise d'épilepsie sauf peut être l'un d'entre eux au cours des premiers

mois de la vie. Il est difficile de démontrer l'existence d'une lésion neurologique. Nous connaissons mal les circuits anatomiques, les bases matérielles nécessaires à l'organisation du langage écrit dans un cerveau en évolution tel que celui de l'enfant dont une des caractéristiques particulières est sa plasticité. Sans pouvoir affirmer l'étiologie neurologique de l'alexie de nos observations, nous ne pouvons pour autant éliminer, à cause des caractères mêmes du trouble lexique, son intensité et son évolution et ses analogies avec les alexies acquises.

o

o o

PRONOSTIC

L'âge encore jeune de nos enfants ne nous permet pas encore de dire qu'elle sera l'évolution ultérieure et toutes les conséquences d'un tel handicap dans l'avenir de chacun d'eux. Connaissant le pronostic défavorable à court terme, nous pouvons déjà constater les conséquences catastrophiques sur le plan scolaire. La rééducation commencée même précocement à un rythme de deux séances par semaine pendant plus d'un an a été pour tous un échec complet. Les enfants que nous avons pu suivre et revoir au bout de quelques années, sont restés à un niveau cour élémentaire première année ou cours préparatoire dans le domaine de la lecture et de l'orthographe. Si au cours des premières années de scolarité, ils réussissent très bien dans les autres matières tel que le calcul, assez rapidement ils viendront grossir le rang des mauvais élèves. Ils ne pourront réussir le problème de mathématique que s'ils réussissent à lire l'énoncé, de même, pour retenir les leçons d'histoire ou de géographie, encore faut-il qu'ils aient pu les lire ! Ils font lire d'ailleurs le texte par leur mère, apprennent en écoutant les autres et l'instituteur lire à haute voix l'énoncé du problème ou la leçon d'histoire ou de géographie. Ce qui leur permet, quand ils sont très intelligents, de suivre le rythme des autres, à la limite jusqu'en 6ème. Le retard scolaire du début ne fera que s'aggraver et finalement, l'enfant sera placé en classe de transition, où en réalité il ne devrait pas être. Ce trouble instrumental a créé alors une véritable pseudo-débilité acquise.

Si les troubles du comportement n'existent pas primitivement, ils apparaissent par la suite, pouvant même devenir primordiaux. Comme on a déjà pu le constater à propos de nos observations, c'est souvent l'entourage qui est responsable des conflits affectifs réactionnels, l'échec scolaire étant le prélude de l'échec social à travers l'échec professionnel, qui est

ressenti par la famille comme une blessure narcissique. Ce sont surtout les milieux aisés qui sont sensibles à l'échec scolaire. Nos alexiques se sont réfugiés bien souvent dans une attitude d'échec, d'inhibition ou d'opposition rendant vain la poursuite de la rééducation, à travers un climat très anxiogène pour l'enfant. Seule la psychothérapie, associée ou non à la rééducation est susceptible d'améliorer le comportement de l'enfant sans pour autant diminuer l'alexie.

Pour quelques uns des enfants, les problèmes affectifs sont les plus actuels et demandent un traitement en conséquence. Dans l'avenir plus lointain, va se poser le problème de l'orientation professionnelle. Non seulement ces enfants ne peuvent poursuivre d'études, mais sont également handicapés sur le plan moteur. Tous en effet, présentent une maladresse, une incoordination motrice qui persistent malgré la rééducation. Ils auront donc beaucoup de difficultés à exercer une profession manuelle. Aux difficultés initiales d'ordres scolaire, vont se greffer d'autres problèmes en particulier affectifs et professionnels. On conçoit ainsi que l'avenir de ces enfants alexiques reste assez hypothétique.

o

o o

CONCLUSION

1 - Notre étude a porté sur cinq cas d'enfants d'intelligence normale qui se caractérisaient par leur incapacité de lire. On peut donc les considérer comme de véritables alexiques.

2 - Cette alexie d'origine congénitale est proche de l'alexie acquise de l'adulte. Par contre, elle doit se distinguer des cas de dyslexie sévère par le caractère même du trouble lexique et par son évolution : les mots sont vus par l'alexique comme des dessins, alors que le dyslexique ne peut établir des liaisons correctes entre signifiant et signifié. Dans le cas de dyslexie sévère, l'enfant arrive au terme d'une longue rééducation à savoir lire valablement contrairement à l'alexique.

3 - Ce type d'alexie demeure encore mystérieux dans son mécanisme. Le caractère pratiquement constant des troubles moteurs rendrait plausible l'hypothèse d'une origine neurologique. Mais si cette lésion neurologique existe, elle échappe encore dans la plupart des cas à nos investigations habituelles. En particulier, une analyse plus fine et des techniques plus élaborées pratiquées uniquement en laboratoire actuellement, sur le plan électrique, nous apporteraient des renseignements plus précis que l'EEG simple.

Le Président de la Thèse :

Professeur J. BALLIVET

Vu et permis d'imprimer
DIJON, le 16.I.1971

Le Doyen,
Professeur F. CABANNE

B I B L I O G R A P H I E

- AJURIAGUERRA J.de, et Coll.
L'apprentissage de la lecture et ses troubles
Enfance - déc. 1951, n° 5 (n° spécial) p. 400 et Sq.
- ALAJOUANINE Th., LHERMITTE F., RIBEAUCOURT., DUCAME B. de
Les alexies agnosiques et aphasiques
Masson Paris 1960.
- ALIZON M.A.
Les causes pédagogiques et intellectuelles des difficultés scolaires.
Rev. Méd. Bourgogne, oct. 1968, III, n° 6, p. 387.
- AMYOT R.
Audimutité - documents cliniques portant sur trois membres d'une même fratrie
Presse méd. Juillet 1958, n° 56, p. 1287.
- APERT E.
Retards de développement partiel et dissocié des fonctions cérébrales (dyslexie congénitale, aphasie congénitale, surdité congénitale).
Bull. méd. (Paris) 1924, III, p.294.
- BOREL - MAISONNY S.
Langage oral et langage écrit
Vol. 1
- BOREL-MAISONNY S.
Troubles du langage dans les dyslexies et dysorthographies
Enfance - Déc. 1951, n° 5 (n° spécial) p. 400 et sq.
- BRENOT M.
L'encroprésie de l'enfant, sa signification psychopathologique
Thèse de Doctorat en Médecine - Dijon 1969.
- BRISSET
Aphasie congénitale
Evolution psychiatrique 1948, II, p. 41 et sq.

./...

- CALVET et coll. (Toulouse)
Test d'intégration phonétique dans les dyslexies dysorthographiques.
Rév. neurol. 1966, 67, p. 689.
- CASEY T. et ETTLINGER
The occasional "independence" of dyslexia and dysgraphia from dysphasia.
J. neurol. neurosurg. psychiat. 1960, 23, p. 228 et sq.
- CHILAND C.
Rev. neuropsychiat. infant. 1966, 14, n° 7-8, p. 542.
- CHILAND C.
Langage oral et langage écrit
Bull. psych. janv. 1966, XIX, 8-12, n° 247, p. 489-497.
- CHRISTIAENSL et BRIET B.
La dyslexie
Lille médical, 1963, 8, n° 1, p. 57-63.
- COTTE MF.
L'aphasie chez l'enfant
Thèse de Lyon 1965.
- DEBRAY P., MELEKIAN B., CARMICHAEL AM., MATTLINGER MJ.
Données statistiques sur la dyslexie de l'enfant
Entretiens de Bichat - Paris 1967.
- DELAY J. et LHERMITTE F.
Aphasie
Encyclopédie médico-chirurgicale
Neurologie 1963, 1, 1, p. 4.
- DIATKINE R. et coll.
Troubles de l'apprentissage du langage écrit
Psychiat. enf. 1963, VI, n° 2, p. 281-409
- DUGL S M.Y.
A propos des inaptitudes à la lecture et à l'écriture : leur comparaison à la dysorthographie - séquelle d'aphasie.
Thèse de Paris, 1955.

./...

- DUGAS M.Y.
Les dyslexies et dysorthographies
Rev. Prat. (Paris) 1962, XII, n° 23, P. 2501-2515
- EUSTIS R.S.
Etude de 28 cas d'enfants présentant une dyslexie spécifique
New. engl. J. Méd. 21 août 1947, 242, p. 241.249.
- FLURE JR., ROZIER J., BENSCH, VINCENT J.D., CORNELLELLER, PORTMANN M.-
Potentiels associatifs évoqués par des stimulations combinées
auditives et visuelles chez l'enfant dyslexique, et chez l'en-
fant amblyope fonctionnel strabique.
Rev. neurol. juin 1968, 118, n° 6
- GALIFRET-GRANJON N.
Remarque à propos de la méthode de Sir James Pitman et de la
conception de la dyslexie de Miss MASSON.
Rev. neuropsychiat. infant. 1966, n° 7-8, 14, p. 555.
- GENET L.
Cécité transitoire ou durable sans signes ophtalmoscopiques chez
les enfants.
J. Méd. Lyon 1926, p. 151.
- GRAVELLEAU D.
Cécité corticale (d'origine tumorale)
Thèse de Paris 1956.
- GRAVELLEAU D., BAHEUX G., SIMONEAU F., LAPLANE R.
Alexie agnosique apraxie constructive d'évolution régressive
chez un enfant de 12 ans.
Arch. franç. de Pédi., 1964, 21, n° 7, p. 484.
- GUYOT Y., RIGONET G., ELSAIS S., CARTAING R.
Recherche sur les difficultés spéciales d'apprentissage de la
lecture et de l'orthographe
Bull. psychol. 1967, 20, 257, p. 846-853.

./...

- HECAEN H., ANGLERGAS R.
Pathologie du langage - Larousse.
- HELD F.
Zur theorie und praxis der legasthenie
Deuts Med Wochenschrift Février 1969, 94, n° 6, p. 285-288.
- HELLER TH.
Word-blindness - A survey of the literature and a report of twenty eight cases.
Pediatrics April 1963, 31, n°4, p.669-691
- HILDS
Un cas d'alexie.
Med Mschr. oct. 1960, 14, p. 674-675.
- HINSHELWOOD J.
Four cases of congénital word-blindness occuring in the family.
Brit. med. J. 1907, 2, p. 1229.
- INGRAM TTS., REID JF.
Développemental aphasia observeal in a department of child psychiatry.
Arch. Dis. Childh Juin 1956, n° 157, p.161.
- KING YL.
Alexia without agraphia
Amer J. Ophtal. Décembre 1966, 62, n° 6, p. 1149.
- KOCHER F.
La rééducation des dyslexiques.
PUF 1962.
- KOHLER et GUIROUCART
De la notion de "dyslexie - dysorthographique" à celle de "dystopie". Le problème du dépistage et du traitement des futurs dyslexiques.
Rev. neuropsychiatr. infant. suppl. annuel 1968, p. 43.
- LACHMANN F.
Perceptual - motor développement in children retarded in reading ability.
J. cous. psychol. octobre 1960, 24, n° 5, p. 427-431.

- LANDAUWN, GOLOBSTEIN R., KLEFFLNER Fr.,
Congenital aphasia
Neurology octobre 1960, 10, p. 916-921.
- LE ROCHE-SUCHEL J.
Notions de structure dyslexique
Psychol. française 1964, 9, n° 3.
- LAUNAY CL.
Dyslexie
Monographie Choay 7.
- LAUNAY CL.
Dyslexie - dysorthographie.
Presse méd. mars 1965, 73, n° 14, p. 795.
- LAUNAY et SOULE
Trois cas d'audi-mutité.
Arch. Franç. de Ped. 1952, 9, p. 754.
- LEVY O.
Considérations sur les séquelles subjectives des traumatismes
crâniens fermés de l'adulte.
Thèse de Dijon 1969.
- LEY J. et A.
L'alexie et l'agraphie d'évolution, étude de six cas.
Travaux originaux Janvier 1931, XXVI, n° 6.
- MALMQUIST E.
Facteurs relatifs aux inaptitudes à la lecture aux premiers
degrés de l'école primaire.
Annexedu manuel pour la rééducation de la lecture et de l'ortho-
graphe par Cl. CHASSAGNY.
- ELSON A.
Définition de la dyslexie spécifique.
Rev. neuropsychiat. infant. 1966, 14, n° 7-8, p. 547.
- MSPES P.
Syndrome expérimental chez l'homme de la section du splénium du
corps calleux. Alexie visuelle pure hémianopsie.
Rev. Neurol. 1948, 180, p.111.

- MASSARY
Alexie
Encéphale 1932, p. 53-78
p.135-160.

- MATHIS M.
La dyslexie de l'enfant
Sauvegarde de l'enfance, sept. et oct. 1955, 10, p. 505-517.

- METTLINGER MJ.
Données statistiques sur la dyslexie de l'enfant.
Thèse de Paris 1967.

- MEIGNANT
Cécité verbale congénitale, dyslexie et dysgraphie d'évolution.
Bull. méd. (Paris) 1954, 68, p. 180.

- MICHAUX L., DURANTON R., Mme TRAMICHEL
Alexie syllabique acquise à 9 ans après épisode méningé.
Concomitance de séquelles comitiales Bravais-Jacksonniennes
droites. Discussion de la pureté de l'alexie.
Arch. Franç. de Ped. 1954, 11, p. 172-173.

- MICHAUX L., KAUFERNIK C., DUCHE D., FLAVIGNY H. et GRAVELLE U D.
Agnosie visuelle chez un enfant de 14 ans avec hallucinations
visuelles, d'origine traumatique.
Arch. Franç. de Ped. 1957, 14, p. 863.

- MICHAUX L., SAULNIER, TEYSSEYRE et TRAMICHEL
Aphasie et syphilis congénitale.
Arch. Franç. de Ped. 1951, 8, n° 7, p. 747.

- MORLIAS MJ.
Connaissance et mouvement : considération à partir de l'alexie
pure.
Rev. neurol. oct. 1965, 113, 4, p. 459.

./...

- MOUREN P., TATOSSIAN A., TRUPHENE R., GIUDICELLIS et FRESCO R.
Alexie par déconnexion visuo-verbale (GESCHWIND) à propos d'un cas de cécité verbale pure sans agraphie avec troubles de la dénomination des couleurs des nombres et des images.
Encéphale Mars-Avril 1967, LVI, n° 2, p.112.
- MOUSSY A.
Contribution à l'étude des troubles graves d'intégration du langage.
Thèse de Paris 1962.
- MUNDLER F.
Alexie "apraxique" par lésion de l'hémisphère subordonné.
Schweiz Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 1962, 89, p. 3407.
- MUNDLER F. et STITELMANN P.
Phénomène positif occasionnel dans un cas d'alexie.
Psychiatr. et Neurol. (Basel) 1961, 141, p. 357-366.
- NOCTON F.
Aphasie acquise de l'enfant.
Thèse de Paris 1965.
- OMBREDANNE
Cécité verbale congénitale
Communication au congrès de Psychiatrie de Paris 1937.
- ORBELL G.B.
Congenital word-blindness
Trans. ophthal. soc. n° 2, 1961, 12, p. 60-67.
- ORTON S.
Cécité verbale dans une école d'enfants
Arch. Neurol. Psychiat. 1929, 21, p. 641.
- PALLARES J.
Un cas d'hémiocnopsie double avec conservation de la vision maculaire après la naissance.
Ann. oculist. 1931, 168, p. 45.
- QUIROS de JB.
Dysphasia and dyslexia in school children
Folia. Phoniat. 1966, 16, n° 3, p. 201-219.

- ROBIN G.
Les difficultés scolaires chez l'enfant.
P U F.
- RONDINESCO Mme, TRELAT J. et TRELAT Mme.
Etude de 40 cas de dyslexie d'évolution
Enfance 1950, III, p. 1-32.
- SEEMANN
Troubles du langage chez l'enfant
P A E.
- SINGRIDA S., ANCEVICH and PAYNE RW.
The investigation and treatment of a reading disability in a
child of normal intelligence.
J. Clin. Psychol. oct. 1961, 17, p. 416-420.
- VANGELDER Dw., KENNEDY L., LAGUAITE MA.
Congenital and infantile aphasia
Pediatrics 1952, 1, p. 48-54.

o

o o

